

クライアント氏名:

オフィス:

評価日:

ワーカー氏名:

スタッフ:

印刷日:

サービスの概要

クライアント氏名:

評価日:

住所:

電話番号:

内線:

ワーカー氏名:

性別:

年齢:

ワーカーの電話番号:

内線:

緊急連絡先:

電話番号:

タイプ:

() -

予備介護人:

電話番号:

タイプ:

() -

第1言語:

英語 OK?

通訳者の要否?

代理意思決定者

タイプ:

氏名:

電話番号:

タイプ:

() -

主治医:

電話番号:

タイプ:

() -

インフォーマル サポート:

	氏名	電話番号
--	----	------

フォーマル サポート:

	フォーマル サポート	電話番号
--	------------	------

Japanese

Client Name:

Date printed:

Assessment Date

Page:

サービス

クライアントは機能上、以下のサービスを受ける資格があります:

予定生活環境:

分類:

日割り料金:

月間総時間:

個人介護

放棄 #1 _____

放棄 #2 _____

放棄 #3 _____

認定総時間 _____

クライアントは以下のタスクの介助を拒否しました:

以下はクライアントのニーズです。これらのニーズを満たす人もの、クライアントが希望するスケジュール:

プロバイダ

は以下のニーズを満たします:

スケジュール:

曜日	期間	開始時間	終了時間

プロバイダ

は以下のニーズを満たします:

スケジュール:

曜日	期間	開始時間	終了時間

Japanese

Client Name:

Date printed:

Assessment Date
DSHS/ADSA

Page:

DSHS/ADSA

ケース マネジャーの電話番号：

ケース マネジャーの役割とは：

1. 評価または再評価を行って、プログラムの適性を決定し、サービス料の支払いを認定する。
2. クライアントと共に介護プランを開発する。
3. 介護プランに基づいたサービスが提供されていることを確認し、必要に応じて修正する。

クライアントは、上記 3 つの項目を除いたケース マネジメント サービスを放棄する権利があります。

私は、その他の代替プランがすべて利用できることを認識した上で、上記のサービス プランに同意します。
私は、社会・保健サービス局(DSHS) および/あるいは高齢者ネットワーク代表者に対し、私のサービス プランの開発に必要な情報の入手および開示を許可します。

クライアント/代理人署名 日付

プロバイダ 日付

ソーシャル ワーカー/ケース マネジャー署名 日付

Japanese

Client Name:

Date printed:

Assessment Date

Page: